Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Karl Theodor Ernst Taggeselle
approb. Arzt aus Köln.

Referent: Prof. Dr. Völcker.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Halle a. d. S. 1921.
Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne.

Die Gefäße der Blase.

Die Arbeit geht einleitend davon aus, wie die Blasenvenen im Vergleich zu den Blasenarterien bei Chirurgen wie Anatomen größere Beachtung gefunden haben. Dann werden die technischen Hilfsmittel kurz geschildert, die zum Studium der Blasengefäße erforderlich sind und wie sie u. a. von Gilette, Fenwick und Farabeuf verwendet worden sind.

Die Blutversorgung der Blase erfolgt hauptsächlich durch die aa. vesicales superiores und inferiores. Daneben führen noch kleinere Arterienstämmchen zur Blase: Die aa. vesicales anteriores und posteriores. Die aa. vesicales superiores sind Äste der a. umbilicalis. Ihre Beziehungen wechseln entsprechend der wechselnden Verzweigungsform und Länge der a. hypogastrica, entsprechend dem Stande des Beckenbodens sowie der Füllung der Beckeneingeweide. Der obere, subperitoneal gelegene Teil der Blasenwand stellt das Hauptversorgungsgebiet der aa. vesicales superiores dar. Ihre Variationen und Beziehungen zu den übrigen Blasenarterien werden geschildert.

Die Vorderfläche der Blase wird außer von der a. vesicalis superior von der a. vesicalis anterior versorgt. Diese kann ein beachtenswertes Gefäß darstellen, wenn sie aus einer innerhalb des Beckens verlaufenden a. pudenda accessoria int. entspringt.

Die aa. vesicales posteriores weisen entsprechend den Verschiedenheiten der Beckeneingeweide bei beiden Geschlechtern ein verschiedenes Verhalten auf.

Die größte Variabilität unter den Blasenarterien in Ursprung, Verlauf und Versorgungsgebiet beobachten wir bei den aa. vesicales inferiores. Nach Farabeuf ist die untere

Blasenarterie in der Regel ein Ast der a. genitovesicalis, einem aus der a. hypogastrica entspringenden Stamm, der sich teilt in eine a. prostato-vesicalis und eine a. vesiculo-deferentialis, beim Weib in eine a. vagino-vesicalis und eine a. uterina. Die a. vesicalis inferior hat gewöhnlich zwei Hauptäste, einen nach vorn meist bis zur Blasenvorderfläche verlaufenden Zweig und einen ramus recurrens, welcher rückwärts abbiegt und der Harnleitermündung zustrebt.

Alle Blasengefäße tauschen reichlich Anastomosen untereinander aus. Den Schichten der Blasenwand entsprechend kann man bei Arterien und Venen 3 Geflechte unterscheiden: 1. plexus submucosus, 2. plexus muscularis, 3. plexus subperitonealis oder perivesicalis. Die Venennetze sind naturgemäß etwas gröber als die arteriellen Geflechte, immerhin aber noch recht fein.

Das venöse Blut, welches sich aus dem unteren Teile der Vorderseite der Blase sammelt, wird durch die vv. vesicales anteriores in den plexus pudendus abgeführt. Die vv. vesicales anteriores und die Gabelung der v. dorsalis penis bzw. clitoridis können als das Grundgerüst des plexus pudendus betrachtet werden. Jedoch kompliziert sich das Bild erheblich durch zahlreiche Querverbindungen zwischen rechts und links sowie zu anderen benachbarten Venen.

Der Hauptweg für das venöse Blut der Blase ist beim Manne der plexus vesico-prostaticus, beim Weibe der plexus vesico-vaginalis. Das Geflecht liegt in dem keilförmigen Raume zwischen Blase und m. levator ani. Bei stärkster Füllung erreichen seine Hauptstämme beim Erwachsenen die Dicke eines kleinen Fingers. Ursprung, Anastomosen, Mündung und Variationen des plexus vesico-prostaticus bzw. vesico-vaginalis werden eingehend besprochen und durch eine Zeichnung veranschaulicht.

In einem weiteren Abschnitt, dem hauptsächlich die Resultate der Fenwickschen Arbeit zu Grunde gelegt sind, wird das Verhalten der Venenklappen geschildert.

Die Blasengefäße verlaufen, ehe sie die Blase selbst erreichen, im lockeren Bindegewebe des cavum subperitoneale.

Zu dessen Bindegewebszügen, welche mehrfach unter Muskelwirkung stehen, treten besonders die Venen in nähere Beziehung. Die Wirkung dieses Muskel-Bindegewebsapparates hat man sich wohl so vorzustellen, daß er bei zunehmender Füllung der Blase sich spannt und so durch seinen Zug dem Gewicht des Blaseninhaltes entgegenwirkt. Nun folgt eine kurze Schilderung des Lymphgefäßsystems der Blase.

Die chirurgische Bedeutung der Blasengefäße und zwar namentlich der Blasenvenen drückt sich in älterer Zeit in der Bevorzugung der sectio mediana aus. Die Chirurgen gingen den großen venösen Blutleitern des Beckens möglichst weit aus dem Wege. Heute liegen die Verhältnisse wesentlich anders. Indessen kann auch heute noch die Verletzung bzw. Infektion des plexus vesico-prostaticus den Ausgang einer Operation bestimmen, so besonders bei der suprapubischen Prostatektomie. Wenn es nach dieser Operation selbst durch mehrtägige feste Tamponade nicht gelingt, die Blutung zu beherrschen, so daß eine zweite Tamponade erforderlich wird, der meist Thrombophlebitis und Sepsis folgt, so dürften das Fälle sein, in welchen Einrisse über die Prostatakapsel hinaus bis in die großen Stämme des plexus vesico-prostaticus zustande gekommen sind, eine Gefahr, welche man bei perinealer Zugangsoperation unschwer beherrschen kann.